

**CENTER FOR HUMAN SERVICES**  
**Formulario de Reembolso y Autorización de Apoyo/Cuidado Temporal (de Relevó)**

Envíe el formulario completo por correo, email o fax al Center for Human Services Attn: Diane Bahner, 1500 Ewing Drive, Sedalia, MO 65301, [dbahner@chs-mo.org](mailto:dbahner@chs-mo.org), fax: 866-495-6424 **el 1<sup>er</sup> o 3<sup>er</sup> viernes de cada mes.**

Los cheques de reembolso serán enviados por correo el **2<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> viernes de cada mes.**

**Los documentos recibidos después de la fecha límite tendrán un retraso en el procesamiento o envío del cheque de reembolso.**

Individuo que recibe servicio: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Servicios de Relevó:** *(Escriba las fechas cuando se usaron servicios de relevó y la cantidad pagada al proveedor)*

Fecha(s) de Servicio	# Horas de Cuidado de Relevó	Tarifa del Proveedor
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Fecha(s) de Servicio	# Horas de Cuidado de Relevó	Tarifa del Proveedor
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

CANTIDAD TOTAL DE CUIDADO DE RELEVÓ a REEMBOLSAR: \$ \_\_\_\_\_

#1 Firma del proveedor de cuidado de relevó: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

#2 Firma del proveedor de cuidado de relevó: \_\_\_\_\_ Tel#: \_\_\_\_\_

**Suministros u otros servicios:** *(Debe incluir recibos/facturas o documento de declaración de oferta/costo)*

Fecha(s) en que fue recibido o será recibido	Descripción (Ejemplo: Suministros médicos, cuota de campamento, terapia, equipo de ayuda/auxiliar)	Costo
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

CANTIDAD TOTAL de otros servicios/suministros/artículos a REEMBOLSAR: \$ \_\_\_\_\_

**GRAN TOTAL de cuidado de Relevó u otros Servicios y Suministros a REEMBOLSAR: \$ \_\_\_\_\_**

**Por la presente, yo verifico que la información es completa y veraz.**

Firma del padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE ABAJO:**

Haga el cheque pagadero a: (Nombre del Padre/Cuidador/CAMPAMENTO) \_\_\_\_\_

Enviar a: (Dirección) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_